Lane Medical Library
1885

Ueber

Melaena neonatorum.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am Sonnabend, 4. April 1885, Vormittags 11 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Johannes Anders

pract. ~~Arzt~~

aus Görlitz in Schlesien.

Opponenten:

Ilgner, Drd. med.

Reche, Drd. med.

Berth, Cand. med.

Greifswald.

Druck von F. W. Kunike.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0400

Dem Andenken

seines verstorbenen Vaters

in dankbarer Pietät

gewidmet

vom

Verfasser.

In der Forschung über die Aetiologie der Melaena neonatorum vera war so lange unklaren Vorstellungen und Vermutungen Thür und Thor geöffnet, bis *Buhl* und *Hecker* den sichern Boden der pathologisch-anatomischen Untersuchung betraten. Ueber jene Hypothesen, durch welche man früher die Melaena neonatorum zu erklären suchte, sowie über die älteren Autoren handeln *Bouchut*[1], *Barthez* und *Rilliet*[2], *Landau*[3], *Kling*[4], *Silbermann*[5]; daher braucht hier nicht darauf eingegangen zu werden.

Buhl[6] stellte (1861) auf Grund mehrfacher Beobachtungen als merkwürdiges Krankheitsbild, zu dessen Symptomencomplex Entleerungen von Blut per anum gehörten, die acute Fettdegeneration der Neugeborenen auf, eine allgemeine Ernährungsstörung. „Diese Ernährungsstörung ist eine äusserst acute und stellt sich in den einzelnen Organen — vor Allem in Herz, Leber und Nieren, weniger in Lungen und Darm — als acute Zerlegung der Zellensäfte zu Fett und einem Albumen-Abkömmling, oder in geläufigerer Ausdrucksweise als eine parenchymatöse Entzündung und zwar als deren zweites Stadium, als acute Fettdegeneration dar.“ Für ausreichend zur Erklärung der Magen- und

Darmblutungen hält er „die Flüssigkeit des Blutes durch die Cyanose, den acuten Icterus und vielleicht auch den acuten Morbus Brightii, die Verlangsamung des Blutstromes durch die Myocarditis, die wahrscheinliche Ernährungsstörung auch in den feinen Gefässen.“ Vielleicht gehören zur derart begründeten Melaena neonatorum zwei Fälle aus der Klinik *Hecker's* (*Kling*, l. c. pg. 14, $_{13}$ und $_{15}$).

Kurze Zeit nach *Buhl* (1864) machte *Hecker* (l. c. Bd. II pg. 243) Mitteilungen über Blutungen aus dem Darmkanal Neugeborener. Seine Beobachtung erstreckte sich auf 8 Fälle (1 Fall auf 500 Geburten). Zwei davon endeten tötlich. In dem einen derselben ergab die Section ein Duodenalgeschwür. Die Aetiologie des letzteren blieb dunkel; *Hecker* bemerkt aber ausdrücklich, die Entstehung desselben nicht mit der Geburt in Zusammenhang bringen zu können, da diese normal verlaufen sei. In dem andern Falle, in welchem während des Lebens Blutungen aus dem Mastdarm nicht eingetreten waren, in dem aber Magen und Darm blutigen Inhalt aufwiesen, entdeckte man auf der Magenschleimhaut multiple kleine Geschwüre, die auch hier bezüglich ihrer Ursache keine Erklärung fanden.

Ulcerationen im Darmkanal Neugeborener waren den älteren Autoren bereits bekannt. *Billard*[1] schildert unter den „Maladies de l'estomac développées pendant la vie intra-utérine“ zwei letal verlaufene Fälle von Magengeschwüren. Der eine (28 observation) betraf einen Knaben, der zweite ein Mädchen

(29 observation). Unter den „Maladies de l'estomac développées après la naissance“ findet sich (l. c. pg. 325) Eine Beobachtung (35 observation); das Kind war ein Mädchen; die Magenschleimhaut war, nahe der Cardia, im Umfange eines 30-Sous-Stückes völlig zerstört. Ueber den Verlauf der Geburt wird in allen drei Fällen Nichts mitgeteilt. Von *Siebold*[8], *v. d. Busch*[9], *Carteaux*[10] rührt je eine Beobachtung über Magenschwüre bei Neugeborenen her. Dass der von *Moll*[11] (zugleich mit einer Beobachtung desselben Leidens bei einem fünfmonatlichen Knaben) mitgeteilte Fall von Melaena eines neugeborenen Mädchens auf ein Geschwür des Verdauungskanals zurückzuführen sei, ist wahrscheinlich, aber nicht sicher erwiesen, da Genesung eintrat. Der Letzte, welcher vor *Hecker* über Ulcerationen im Magen Neugeborener berichtete, war *Bednar*.

Wenn also auch bereits bei älteren Autoren Nachrichten über das Vorkommen von Geschwüren im Magen und Darm Neugeborener sich finden, so betonte doch erst *Hecker* (l. c.) den Zusammenhang zwischen diesen Ulcerationen und der Melaena neonatorum.

Seitdem haben sich die Mitteilungen über die Abhängigkeit des in Rede stehenden Leidens von Magen- oder Darmgeschwüren so gemehrt, dass man bereits daran denken konnte, ganz allgemein an Stelle der klinischen Diagnose „Melaena neonatorum“ die pathologisch-anatomische Bezeichnung „Ulcus ventriculi

resp. duodeni“ zu setzen. (*Silbermann* l. c. pg. 379 und *Schmidt's* med. Jarbb. 1878, 178 pg. 112).

Ein Jahr nach der Nachricht *Hecker's* beobachtete *Binz*[12] ein perforirendes Magengeschwür bei einem Mädchen, welches ohne Hindernis geboren war, nach der Geburt regelrecht atmete, an Diarrhoe und Haematemesis litt und am 11. Tage post partum starb. Dann folgte *Spiegelberg*[13] mit zwei Fällen von Melaena neonatorum. In beiden war die Geburt normal verlaufen; die Kinder (Mädchen) atmeten gut. Die Section ergab in dem einen Fall ein linsengrosses Geschwür im Anfangsteil des Zwölffingerdarms mit aufsitzendem Blutcoagulum und Schwellung der Darmfollikel, in dem andern drei Duodenalgeschwüre, Thrombose der Nabelgefässe und gleichfalls Schwellung der Follikel. Die Anfänge dieser Geschwüre sollen bis in das foetale Stadium hinauf reichen. Epoche machte die Mitteilung *Landau's* (l. c.) über bei einem ohne Kunsthülfe geborenen, nicht asphyctischen Mädchen beobachtete Melaena, als deren Ursache ein Duodenalgeschwür embolischen Ursprungs gefunden wurde. Auf die *Landau*'sche Untersuchung soll unten des Weiteren eingegangen werden. Den jüngsten Fall von durch die Section constatirtem Darmgeschwür hat *Genrich*[14] beschrieben; der Tod erfolgte am ersten Tage. In einer zweiten Beobachtung von Melaena neonatorum mit Ausgang in Genesung glaubt *Genrich* gleichfalls mit ziemlicher Sicherheit ein Geschwür im Magen oder Darm annehmen zu können.

Zu diesen aus der Literatur gesammelten Berichten über die Abhängigkeit der Melaena neonatorum von einer Ulceration des Darmkanals soll im Nachstehenden ein auf der Klinik des Herrn Geheimrat Prof. *Pernice* beobachteter Fall hinzugefügt worden, in dem das gleiche aetiologische Moment vorlag.

L. M., die Mutter des Kindes, 35 Jahre alt, hat ernstere Leiden bisher nicht überstanden. An ihrem Körper zeigen sich keine pathologischen Verängerungen. Auffällig ist das niedrige Niveau ihres Intellects, daher auch die anamnestischen Angaben vollen Wert nicht beanspruchen dürfen. Die Menstruation trat etwa im 15—16 Jahre ein, erfolgte in drei- bis vierwöchentlichen Pausen, in unregelmässiger Stärke und dauerte ungefähr je fünf Tage. L. M. hat bereits vier Kinder ohne Kunsthülfe geboren, deren erstes im fünften Jahre starb; alle wurden künstlich ernährt. Sie kommt mit dem fünften Kinde am 18. Juni 1884, am rechtzeitigen Ende der Gravidität, nieder. Die Geburtswege zeigen keine Anomalieen. Das Kind stellt sich in zweiter Schädellage zur Geburt ein. Sein Puls hat normale Frequenz. Die Wehen beginnen 9 Uhr Abends und folgen schnell und in bedeutender Intensität auf einander. 10 Uhr 40 Minuten fliesst das Fruchtwasser ab, bei einem Muttermund von der Grösse eines Fünfmarkstückes. Und bereits fünf Minuten später erfolgt die völlige Erweiterung desselben und der Austritt der Frucht. Die zweite Geburtsperiode war also praecipitirt. Das Neugeborene, ein Knabe, atmet sofort regelmässig;

erst, nachdem es kräftig geschrieen hat, wird die — übrigens nicht umschlungene — Nabelschnur unterbunden. Das kräftige Kind wiegt 3615 gr., ist 54 cm. lang; der Kopfumfang beträgt 36 cm. Die Ernährung erfolgt durch die Mutterbrust.

Am dritten Tage nach der Geburt zeigt sich des Nachmittags die Unterlage mit einer bedeutenden Menge schwarzen, geronnenen, geruchlosen Blutes bedeckt Dass die Blutung per anum erfolgt ist, lässt sich sofort leicht sicher stellen. Das Kind erhält fünf Mal in einstündigen Pausen je 1 Tropfen Liquor ferri sesquichlorati in Haferschleim (*Hecker* l. c. Bd. II pg. 246, *Silbermann* l. c. pg. 381, *Henoch*[15], *Gerhardt*[16].) Ausserdem wird ihm möglichst viel Wärme zugeführt. Die Darmblutungen wiederholen sich an den beiden folgenden Tagen zu mehreren Malen mit abnehmender Quantität. Das Kind wird immer schwächer und bleicher, nimmt zuerst ungern, endlich überhaupt nicht mehr die Brust; mühsam muss ihm die Milch eingeflösst werden. Am 6. Tage tritt unter den Erscheinungen der hochgradigsten Anaemie und Atrophie, sowie eines geringen Icterus das tötliche Ende ein. Krämpfe sind zu keiner Zeit beobachtet worden. Das Kind hatte an Gewicht 545 gr. verloren; es wog nach dem Tode nur noch 3070 gr.

Die von Herrn Prof. *Grohé* vorgenommene Section ergab folgendes Resultat. Die Haut war blass, wenig icterisch gefärbt. Die Conjunctiva palp. et bulbi zeigte dieselbe Färbung. Rechterseits bestand

im untern innern Quadranten der Conj. bulbi sehr starke Füllung der Gefässe. Oben an der Uebergangsfalte fand sich ein schmaler Saum stärkerer Injection. Links war die Conjunctiva ganz blass. Lippen, Zahnfleisch, Zunge waren anaemisch. Die Haut liess sich überall in Falten abheben. Die grosse Fontanelle war fast, die kleine vollkommen geschlossen. Die Rippeninterstitien waren tief eingesunken, so dass die Rippen stark hervorsprangen. Der Bauch war aufgetrieben. Totenflecken liessen sich kaum wahrnehmen. Das Unterhautfettgewebe war schwach entwickelt, nicht icterisch gefärbt. Die Musculatur des Thorax und Abdomen war atrophisch, sehr blass. Die Nabelarterien traten stark hervor und enthielten noch Blut, ihr Lumen war verengt. Die Untersuchung der Nabelvene ergab nichts Bemerkenswertes. Die Leber überragte rechts in der Breite zweier Finger den Rippenrand. Das Zwerchfell stand beiderseits am untern Rand der fünften Rippe. Omentum und Mesenterium enthielten wenig Fett. Die Mesenterialgefässe waren normal. Der blassgraue Magen war etwas durch Gas ausgefüllt. Das Colon descendens setzte sich durch seine starke Contraction vom Colon transversum deutlich ab. Ileum, Coecum, Colon ascendens und transversum waren mit dunklen, eingedickten, blutigen Massen angefüllt, welche durch die Darmwand durchschimmerten und den Darmschlingen ein dunkelrotes Aussehen verliehen; im Colon descendens nahmen dieselben an Menge ab. Nach ihrer Entfernung kam in den genannten Teilen nor-

male, glatte Schleimhaut zum Vorschein. Die Pars descendens duodeni war durch Galle gelb gefärbt. In der Pars horizontalis superior duodeni fand sich ein der innern Wand, 1 cm. über der Mündung des Ductus choledochus, aufsitzendes, kirschgrosses Blutcoagulum (wie in dem einen Falle *Spiegelberg's* l. c.), welches im Aussehen einer Geschwulst ähnelte und bis an den Pylorus sich erstreckte. Beim Herausnehmen der Därme löste es sich von der Wand des Duodenum ab, und es präsentirte sich an dieser Stelle eine rauhe, blutig imbibirte Geschwürsfläche. Im Magen fand sich reichlicher, schleimiger, mit weisslichen und bräunlichen Flocken gemischter Inhalt, welcher zum Teil der Magenwand anhaftete. Die Schleimhaut am Pylorus war blutig imbibirt. An einer Stelle haftete eine gelbe, geronnenem Faserstoff gleichende Masse.

Die Leber war klein, ihre Oberfläche glatt, braungelb. Das Parenchym war auf dem Durchschnitt anaemisch, blassgelb. In den Gefässen befand sich wenig Blut, ebenso enthielten die Gallengänge wenig Galle.

Die Milz war klein, dunkelblaurot, ihre Kapsel dünn, die Pulpa gleichmässig blaurot; die Malpighi'schen Körperchen waren sehr fein.

Die Nebennieren waren gross, blass, glatt; auf dem Durchschnitt zeigten sie sich im Rindenteil anaemisch, im Centrum etwas gelb gestreift. Die Nieren waren klein, von blasser Oberfläche, auf dem Durchschnitt anaemisch. Linkerseits zeigte sich an zwei Pyramiden

etwas über der Spitze stärkere Gefässfüllung. Harnsäureinfarct war nicht vorhanden.

Die Harnblase war contrahirt, leer. In der Schleimhaut der vorderen und hinteren Wand fanden sich zahlreiche noch nicht stecknadelkopfgrosse Ecchymosen.

Die sämmtlichen Organe des Thorax erwiesen sich als blutleer. Die Lunge war durch Luft ausgedehnt, nur rechterseits in den unteren Abschnitten etwas atelectatisch. Der linke obere Lappen zeigte reichliches, kleinblasiges Oedem. Nach abwärts erstreckte sich die Lunge etwas über die sechste Rippe. Die Thymusdrüse war gross und breit. Das subpleurale Gewebe, das Pericardium sowie das Bindegewebe am Ursprung der grossen Gefässe war leicht icterisch gefärbt. Der pericardiale Ueberzug der Vena cava inferior zeigte an einer Stelle starke Gefässinjection.

Das Herz war normal gross; die Spitze wurde vom linken Ventrikel gebildet. Die Coronargefässe waren nur schwach gefüllt. Vorhof und Ventrikel der linken Seite enthielten nur wenige Tropfen blassroten flüssigen Blutes. Die Musculatur war blass wie Kaninchenfleisch; die Trabekel waren aber gut ausgebildet. Die Klappen am arteriellen und am venösen Ostium zeigten, abgehen von grosser Blässe, nichts Abnormes. Das Herzohr war klein, leer, das Foramen ovale geschlossen. Der rechte Vorhof war ganz collabirt, fast leer. Im Conus pulmonalis fanden sich nur wenige Tropfen wässerigen Blutes. Die Musculatur des Ersteren besass die normale Dicke. Die Pulmonal-Klappen waren dünn

und zart. Am vorderen Zipfel der Tricuspidalis fanden sich einige Ecchymosen; eine solche von miliarer Grösse bemerkte man auch am inneren Zipfel. Die Segel waren zart und durchscheinend, die Sehnenfäden sehr dünn.

Der Ductus arteriosus Botalli war von beträchtlichem Umfang, gleichmässig aneurysmatisch erweitert. Er entsprang von der vorderen Wand der Pulmonalis. Auf der Pulmonarseite war er geschlossen; von der Aortenseite her führte ein kleiner Trichter in ihn. Die Dicke betrug $\frac{1}{2}$ cm., die Lichtung 3 mm. Auf dem Querschnitt entleerte sich frisches Blut. Aorta ascendens und descendens waren von normaler Beschaffenheit.

Mit kurzen Worten resumirt lautete die anatomische Diagnose: hochgradigste Anaemie, grosse geronnene Blutmassen im ganzen Darmkanal vom Duodenum abwärts, Duodenalgeschwür, Ecchymosen unter dem Endocardium, zahlreiche Ecchymosen in der Blasenschleimhaut, aneurysmatische Erweiterung des Ductus arteriosus Botalli.

Wenn so die Section als Ursache der Melaena ein Ulcus duodeni ergab, so liess sich ein aetiologisches Moment für dasselbe nicht ebenso sicher nachweisen.

Die dunkle Frage nach der Entstehung der Ulcerationen im Darme Neugeborener machte einen Fortschritt in ihrer Erledigung durch *Landau* (l. c.), der, gestützt auf den oben mitgeteilten Fall, auf die Embolieen der Darmarterien die Aufmerksamkeit lenkte. Bei

Unterbindung des Nabelstranges vor der ersten Inspiration oder bei mangelhafter Atmung soll nach *Landau* die Nabelvene nicht von ihrem Blute entleert werden, wie es normaler Weise geschieht, vielmehr soll das in ihr ruhende Blut thrombosiren. Teile dieses Thrombus können dann durch das rechte Herz in den noch nicht geschlossenen Ductus arteriosus Botalli und so in die arterielle Bahn gelangen. Den bequemsten Weg zur weiteren Wanderung bietet hier dem Embolus die Arteria coeliaca, das erste grosse von der Aorta abgehende Gefäss, sodann die Arteria coronaria ventriculi superior sinistra und die Arteria hepatica, „welche verhältnismässig weit sind und mit der Aorta einen gleichgerichteten Verlauf haben.“ Ausserdem kann der Embolus zunächst auch im Ductus arteriosus Botalli festhaften, hier sich vergrössern, und von dieser, nach *Landau* meistens secundären, Thrombose des Ductus Botalli aus kann dann die Embolie erfolgen. Die durch den Embolus wachgerufene Circulationsstörung zieht dann den geschwürigen Zerfall der betreffenden Darmpartie nach sich.

In unserm Falle fehlt zunächst die nothwendige Praemisse für diese Art der Geschwürsbildung. Das Kind hat regulär geatmet, und die Nabelschnur ist erst nach erfolgtem kräftigen Schreien unterbunden worden. Dazu kommt, dass weder in der Nabelvene, noch in dem erweiterten Ductus arteriosus Botalli Thromben gefunden wurden; auch die Untersuchung des Geschwürsgrundes ergab negatives Resultat.

Ausser dieser augenblicklich im Vordergrunde des Interesses stehenden *Landau*'schen Theorie vom embolischen Ursprung wird auch eine Entstehung der Geschwüre durch eine Blutextravasation hervorrufende Atmungssuspension namhaft gemacht (*Silbermann*, l. c. pg. 384, *Henoch*, l. c. pg. 60). Auch dieser Grund kann für unsern Fall als ausgeschlossen gelten; die Atmung war stets gut.

Wenn überhaupt von *Landau* und anderen Autoren bemerkt wird, dass in klinisch genau beobachteten Fällen Asphyxie und Cyanose angegeben wird, so muss dies doch bezweifelt werden. (Cfr. *Kling* l. c. pg. 16). In der *Silbermann*'schen Statistik (l. c.) wird in 10 Fällen (unter 42) mangelhafte Atmung angegeben (drei Mal fehlen Angaben). Auch *Genrich* (l. c) bemerkt, dass die Respiration regulär gewesen sei.

Andere Ansichten über die Entstehung der Geschwüre im Darm Neugeborener äussern *Bohn*[17] und *Steiner*. Nach Ersterem sind entzündliche Processe in den Follikeln die Ursache. Hierher können die beiden Beobachtungen *Spiegelberg*'s (l. c.) gerechnet werden und vielleicht auch ein Fall *Heckers* (*Kling* l. c. pg. $14_{,13}$), so dass der Letztere (cfr. oben) eventuell doppelt begründet wäre. In unserm Fall gab uns der anatomische Befund keinen Anhalt zu dieser Erklärung. Ebensowenig passt hierher die Fettentartung der Arterien, auf welche *Steiner*[18] die Geschwürsbildung zurückführt.

Am nächsten liegt es, die multiplen, bei der Section

beobachteten Ecchymosen zur Interpretation heranzuziehen. Wir haben es mit grösster Wahrscheinlichkeit in unserm Falle mit einer allgemeinen haemorrhagischen Diathese zu thun. Nun ist allerdings die Anamnese das wichtigste Argument, um Haemophilie zu diagnosticiren resp. auszuschliessen. Allein, wenn uns auch die anamnestischen Angaben der Mutter in dieser Beziehung — sowohl, was ihre Blutsverwandten als auch ihre eigene Vergangenheit betrifft — im Stich lassen, so wird durch die oben bereits hervorgehobene geistige Imbecillität der Mutter dieser Ausfall zu einem nicht schwerwiegenden. Was Letztere selbst noch betrifft, so verdient auch Berücksichtigung, dass sie gar nicht haemophil veranlagt zu sein braucht; denn gerade die weiblichen Descendenten einer Bluterfamilie bleiben häufig von dem Leiden verschont. Dadurch wird zugleich dem etwaigen Einwand begegnet, dass bei der Geburt keine einer Haemophilin entsprechende Blutung beobachtet worden sei, ein Einwand, der auch dadurch entkräftet werden könnte, dass — mehrfachen Mitteilungen zu Folge — die Diathese in den späteren Jahren erlöschen kann.

Die haemorrhagische Disposition würde genügen, um die profusen Blutungen des Neugeborenen zu erklären; indess bedarf doch das Duodenalgeschwür der Erledigung. Man kann sich vorstellen, dass die in Rede stehende Constitutions-Anomalie wie an andern Orten, so auch im Darm zu einem Blutaustritt geführt hat. Auf der Grundlage dieses Extravasates hat sich

unter der Einwirkung des Darminhaltes ein geschwüriger Process entwickelt, zumal gerade im obern Teile des Zwölffingerdarmes die Ingesta noch nicht neutralisirt, resp. alkalisch gemacht sind.

Man könnte einwenden, dass die hochgradige Anaemie, die Folge der starken Blutverluste, eine Ernahrungsstörung der Gefässwände bedingt und dieselben weniger resistent dem Blutdruck gegenüber gemacht hätte. Dem ist zu erwidern, dass, wenn dies auch zugegeben werden muss, doch zu der Zeit, wo diese Gewebsalteration auftreten konnte, die Anaemie bereits einen zu hohen Grad erreicht hatte, der Blutdruck zu sehr gesunken war, als dass er eine Rhexis auch weniger resistenter Gefässwandungen hätte bewirken können.

Nach diesem Beitrag zur Casuistik der Melaena neonatorum seien noch wenige statistische Bemerkungen gestattet. *Silbermann* (l. c.) stellt in seiner Tabelle 42 Fälle zusammen. Dazu kommen noch die beiden Mitteilungen *Genrich's* (l. c.), sowie ein von *Wiggert*[19] beobachteter Fall mit tötlichem Ausgang, in dem wahrscheinlich haemorrhagische Diathese die Ursache war. Endlich finde ich noch zwei von *Betz*[20] herrührende Beobachtungen; in dem einen Fall starb das Kind in Folge der Blutung, in dem zweiten trat der Tod erst später — im zehnten Monat — durch Bronchitis ein. Auf sie gestützt, fügt dieser Autor übrigens den Erklärungen der Melaena neonatorum eine neue hinzu: diesem Leiden soll „ein abnormer Zu-

stand in dem Blutbahnverhältnisse zwischen Pfortader und Vena umbilicalis zu Grunde liegen, welcher, mit foetaler Missbildung in hereditärem Zusammenhang stehend, durch die Unterbindung der Nabelschnur in Erscheinung trete.“

Die Gesammtzahl der bis jetzt beschriebenen Fälle von Melaena neonatorum beläuft sich demgemäss — den von uns mitgeteilten eingeschlossen — auf 48. Tötlich endeten 27. Dies ergiebt eine Mortalität von 56 %. (*Barthez* und *Rilliet*, l. c. pg. 370, 47,8 %, *Kling*, l. c. pg. 18, 35,3 %). Ulcerationen des Darmcanals wurden durch die Section in 15 Fällen nachgewiesen (9 Mal Geschwüre des Magens, 6 Mal Duodenalgeschwüre). Dazu kommen zwei Fälle (*Moll*, *Genrich*) in denen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Geschwür gestellt werden konnte.

Zum Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Geheimen Medicinalrat Prof. Dr. *Pernice* für die freundliche Ueberweisung des Themas zu danken.

Literatur.

1. *Bouchut*, Traité pratique des maladies des nouveaux-nés et des enfants à la mamelle. II éd. Paris, 1852. pg. 592 ff.
2. *Barthez* et *Rilliet*, Traité clinique et pratique des maladies des enfants. Paris. In der deutschen Ausgabe der II. Auflage von Hagen, Leipzig, 1855. Bd. II pg. 357 ff.
3. *Landau*, Ueber Melaena der Neugebornen, nebst Bemerkungen über die Obliteration der foetalen Wege. Breslau, 1874 (Virchow und Hirsch, Jahresber. f. d. J. 1874. II pg. 845).
4. *Kling*, Inaug.-Dissert. München, 1875.
5. *Silbermann*, Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. XI. 1877. pg. 378 ff.
6. *Hecker* und *Buhl*, Klinik der Geburtskunde. Leipzig, 1861 und 1864 Bd. I pg. 296, Bd. II pg. 243.
7. *Billard*, Traité des maladies des enfants nouveaux-nés et à la mamelle. Paris, 1828. pg. 296 ff.
8. *Siebold*, Journal f. Geburtshülfe Bd. V pg. 3.
9. *V. d. Busch*, Journal d. pract. Heilk., herausggb. von Hufeland, 1836, Juli pg. 123.
10. *Carteaux*, Gaz. de Paris 14. 1857. (Schmidt's med. Jahrbb. 1857, 96 pg. 298.)
11. *Moll*, Med. Zeitsch. v. V. f. Heilk. in Pr. 1887, 11 (Schmidt's med. Jahrbb. 1838, 18 pg. 304).
12. *Binz*, Berl. Klin. Wochenschr. II 1865 pg. 148 und 164.

13. *Spiegelberg*, Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. II. 1869 pg. 333, (Schmidt's med. Jahrbb. 1870, 145 pg. 159, Virchow und Hirsch, Jahresber. f. d. J. 1869, II pg. 625).
14. *Genrich*, Inaug.-Dissert., Berlin 1877. (Schmidt's med. Jahrbb. 1878, 178, pg. 112).
15. *Henoch*, Vorlesgn. über Kinderkrankhtn., Berlin, 1881, pg. 61.
16. *Gerhardt*, Lehrbuch der Kinderkrankhtn., IV. Auflage, Tübingen 1881, pg, 456.
17. *Bohn*, Mundkrankhtn. der Kinder. Leipzig, 1866.
18. *Steiner*, Compendium der Kinderkrankhtn., Leipzig, 1872, pg. 262.
19. *Wiggert*, Allgem. med. Centr.-Ztg. XLVII, 18, 1878 (Schmidt's med. Jahrbb. 1879, 181, pg. 49).
20. *Betz*, Memorabilien 12. (Virchow und Hirsch, Jahresber. f. d. J. 1879, II pg. 644).

Lebenslauf.

Johannes Anders, Sohn des verstorbenen Kgl. Hauptsteueramtsassistenten *Johannes Anders* und dessen gleichfalls verstorbener Ehefrau *Johanna*, geb. *Scharf*, katholischer Confession, wurde am 9. October 1860 zu *Goerlitz* in Schlesien geboren. Den ersten Unterricht genoss er auf der Elementarschule; darauf besuchte er das Gymnasium seiner Vaterstadt. Nachdem er am 10. September 1880 das Maturitätszeugniss erlangt hatte, bezog er, um Medicin zu studiren, die Universität Greifswald und wurde hier unter dem Rectorate des Herrn Prof. Dr. *Preuner* immatriculirt und von dem damaligen Prodecan Herrn Prof. Dr. *Grohé* in das Album der medicinischen Facultät eingetragen. Am 29. Juli 1882 bestand er das Tentamen physicum; im Wintersemester 1884|85 unterzog er sich der ärztlichen Staatsprüfung, die er am 11. März 1885 beendete, und am 31. März absolvirte er das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Collegien folgender Herren Professoren und Dozenten:

Prof. *Arndt*, Geheimrat Prof. *Budge*, Prof. *A. Budge*, Prof. *Eichstedt*, Prof *von Feilitzsch*, Prof. *Gerstäcker*, Prof. *Grohé*, Prof. *Haeckermann*, Prof. *Holtz*, Prof. *Hueter*, Prof. *Krabler*, Prof. *Landois*, Prof. *Limpricht*, Dr. *Löbker*, Geheimrat Prof. *Mosler*, Prof. *Münter*, Geheimrat Prof. *Pernice*, Prof. *von Preuschen*, Prof. *Rinne*, Prof. *Schirmer*, Prof. *Scholz*, Prof. *Schulz*, Prof. *Schwanert*, Prof. *Sommer*, Dr. *Strübing*, Prof. *Vogt*.

Allen diesen hochverehrten Herren, denen er seine Ausbildung verdankt, spricht der Verfasser aufrichtigen Dank aus.

Thesen.

I.

Die Stelle in Gérard de Berry (Littré, Janus 846. I. 593), Cap. „de ulceribus et apostematibus virgae“: „virga patitur a coitu cum mulieribus immundis, de spermate corrupto, vel ex humore venenoso in collo matricis recepto. Nam virga inficitur, et aliquando alterat totum corpus“ kann nicht als Beweis für die Existenz der constitutionellen Syphilis im XIII. Jahrhundert gelten.

II.

Ulcus molle und Ulcus durum sind aetiologisch und im Wesen verschieden.

III.

Das Schlafen bei offnem Fenster verdient mehr wie bisher als eines der ersten Gebote persönlicher Hygieine angesehen zu werden.